

Estenosis laringo-tráqueo-esofágica

HOSPITAL UNIVERSITARIO "FAUSTINO PÉREZ HERNÁNDEZ ". MATANZAS
Estenosis laringo-tráqueo-esofágica.
Laryngotracheoesophagic stenosis.

AUTORES:

Dr. Dimas A. Morales Carbot (1)
Dr. Javier Alfonso Rodríguez (2)
Dr. José Ángel Llerena Suárez (2)
Dra. Diancys Barreras Rivera (3)

(1) Especialista de 2do. Grado en Otorrinolaringología . Profesor Auxiliar
(2) Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral y en Otorrinolaringología.
(3) Especialista de 1er. Grado en Otorrinolaringología

Email: dmcarbot.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente que después de recibir tratamiento radiante, por padecer de un cáncer de la laringe, comienza con sintomatología respiratoria y digestiva de tal magnitud que hubo necesidad de realizarle una laringectomía total a pesar de no existir actividad tumoral demostrada.

DESCRIPTORES(DeCS):

NEOPLASMAS LARÍNGEOS/diagnóstico
NEOPLASMAS LARÍNGEOS/radioterapia
NEOPLASMAS LARÍNGEOS/complicaciones
LARINGECTOMÍA/métodos
LARINGOESTENOSIS/etiología
ESTENOSIS TRAQUEAL/etiología
ESTENOSIS ESOFÁGICA/etiología
HUMANO
ADULTO

INTRODUCCIÓN

Las constricciones de las vías aerodigestivas superiores pueden constituir según su intensidad y localización un serio problema a enfrentar, tanto desde el punto de vista de preservación de la vida como de la restauración de las funciones mediante cualquiera de los métodos propuestos.

Las estenosis suelen dividirse según las causas que les dan origen en congénitas y adquiridas, siendo la etiología de estas últimas múltiples: traumatismos de diverso tipo, quemaduras, infecciones, trastornos funcionales, intervenciones quirúrgicas diversas e iatrogénicas. (1-8)

En estudio de adultos con estenosis laríngea se encontró que en el 55 % de los casos la afección estuvo causada por la intubación y el 16 % por traumas externos, con afectación de la subglotis en el 82 % de los enfermos. (8) Esta situación coincide con un estudio realizado en niños en la que también la subglotis fue la más afectada. (8-10)

Aunque consideradas desde el punto de vista general y numérico como poco frecuentes comparativamente con las estenosis postraumáticas en general, las constricciones postradiaciones pueden acarrear situaciones de difícil manejo en la práctica de la especialidad. (1, 2, 5, 6, 9)

La pericondritis de la laringe como afección primaria es rara, casi siempre se presenta secundariamente a traumas e irradiación. La infección compromete la irrigación, pudiendo conducir a la necrosis progresiva y rebelde de la armazón cartilaginosa del órgano, sobre todo a nivel del cartilago tiroides. (1, 2) En este trabajo se presenta el caso de una paciente que después de haber recibido tratamiento radiante por padecer de un tumor maligno de laringe comienza con manifestaciones clínicas sugestivas de un proceso estenótico a nivel de las vías aerodigestivas superiores.

CASO CLÍNICO

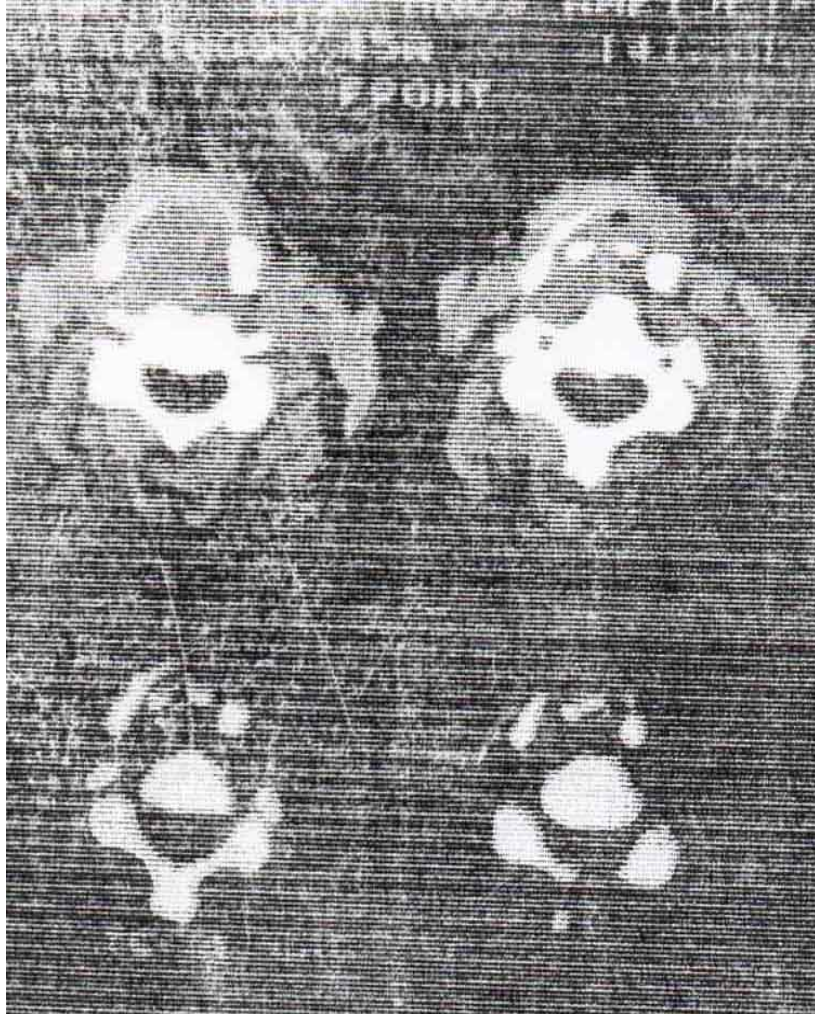
Paciente mestiza de 46 años de edad, fumadora y alcohólica que acude a consulta de ORL por padecer de ronquera de tiempo de evolución no precisado sin otro síntoma acompañante. Al examen físico se visualiza a nivel de la laringe imagen sugestiva de prolapso de ventrículo de Morgagni. Con ese diagnóstico se realiza laringoscopia directa y se extirpa la lesión.

Examen histopatológico:

Carcinoma epidermoide in situ de cuerda vocal izquierda. Se clasifica como T 1 N 0 M 0 de laringe y se indica tratamiento radiante. Pasado un año de concluida la terapéutica indicada acude a consulta por presentar dificultad para la deglución, a la que se añade posteriormente falta de aire que motiva la realización de traqueotomía de urgencia. Poco después se impone la realización de gastrostomía por imposibilidad para la alimentación. El examen físico se visualiza edema marcado de aritenoides con afectación de la movilidad del órgano y disminución del espacio glótico. No existen evidencias de actividad tumoral por este examen

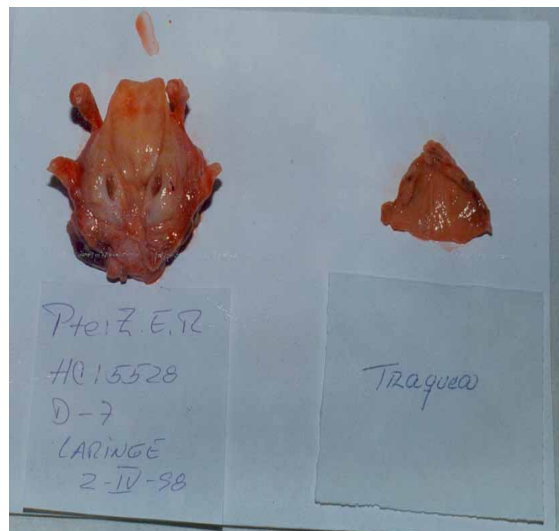
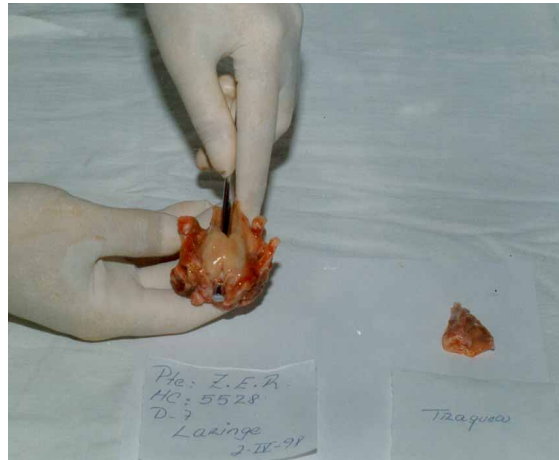
Ante la sospecha de estar en presencia de una recidiva cancerígena se realizan biopsias por laringoscopia directa las cuales resultan negativas, por lo que se realiza laringotomía media con el objetivo de tomar mejores muestras de tejido afecto; en este caso también resultan negativos los exámenes. Se descartan por complementarios otros enfermedades que pudieran generar este cuadro tales como lues, tuberculosis laríngea o SIDA.

Se realiza TAC de la laringe en la que se puede apreciar reducción concéntrica de la luz del órgano por fibrosis que se extiende hasta nivel de la traqueotomía, trayectos fistulosos con contenido gaseoso y obliteración casi total del espacio intralaríngeo por necrosis de cartilaginosa y aumento de volumen de partes blandas. (**Figura 1**)



Esofagograma: estenosis del extremo superior del esófago con fistula faringotraqueal.

Se discute el caso en el colectivo, se interconsulta y, por consenso, contando además con el consentimiento informado de la paciente, se decide realizar laringectomía total, que se practica satisfactoriamente, apreciándose en la pieza anatómica oclusión casi total de la endolaringe a predominio subglótico, reblandecimiento de los anillos traqueales con tendencia al colapso, obliteración total de la unión faringoesofágica con trayecto fibroso de dos centímetros de extensión aproximadamente. (**Figura 2**)



A los 30 días de operada se comprueba radiológicamente permeabilidad del esófago, se retira sonda nasogástrica y se practican dilataciones esofágicas. Evolución satisfactoria.

CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS

La sintomatología clínica de la afección es la clásica acorde a la localización de lesión: dolor, dificultad a la deglución, ronquera, falta de aire (raramente brusca) y estridor. En el examen laríngeo suele precisarse enrojecimiento y edema de la mucosa de las áreas aritenoides con disminución de la movilidad del órgano y compromiso del espacio glótico. (1, 4, 6)

Con relación a las estenosis laríngeas se reseña que cuando hay participación del cartilago cricoides en el proceso suele generarse una intensa estenosis subglótica y se impone definir con exactitud si la pericondritis es secundaria a actividad tumoral o a las radiaciones. El autor destaca que de una serie de 44 casos con pericondritis por radiación hubo 10 enfermos con ausencia certera de actividad tumoral y que a cuatro de ellos se les extirpó la laringe por la extensa pericondritis. Destaca que ante la eventualidad de necrosis severa con posibilidad de existencia de carcinoma está indicada la laringectomía total. (1, 5)

Se señala además que los efectos de las radiaciones son lentos, comienzan con el tratamiento y no se evidencian hasta pasar un tiempo considerable de haber terminado éste y que el cartílago tolera altas dosis de energía radiante sin enfermar. (2, 6)

Respecto a las estrecheces esofágicas, las adquiridas son las más frecuentes, resaltándose dentro de las causas las quemaduras y corrosiones por ingestión accidental o intencional de cáusticos, post ingestión de cuerpos extraños y secundarias a ulceraciones por reflujo entre otras causas menos frecuentes. (1- 7) Otros reportes consideran las estenosis esofágicas como rara complicación que resuelven mayoritariamente con dilataciones sin encontrar relación entre dosis e intensidad de la estrechez. (11, 12)

Se señalan también consecutivas a ulceraciones en el tratamiento radiante del tracto gastrointestinal (13) y del cáncer del pulmón (14) sin evidencias de ser frecuente en los pacientes afectos de SIDA en los cuales hay una hipersensibilidad de las mucosas a las radiaciones. No se reporta en la bibliografía consultada la aparición de estas lesiones en pacientes sometidos a tratamiento con radiaciones ionizantes por tumores malignos de la laringe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ballenguer. Enfermedades de la garganta, nariz y oídos. Barcelona, España: Ed. Científico-Médica; 1996.p.998-9.
2. Ballantyne Groves. Manual de Otorrinolaringología. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1984.p. 414-7
3. Portmann M. Otorrinolaringología. Ciudad de La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1984.
4. Paparella M. Otorrinolaringología. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1982.p.23
5. Berendes Link. Tratado de Otorrinolaringología. Barcelona, España: Ed. Científico-Médica; 1986.p. 998-9
6. Walter B . Otorrinolaringología. Barcelona, España: Ed. Doyne SA; 1986. p .245-6.
7. Martínez Vidal V. Otorrinolaringología Básica. España: Ed. Argón; 1988. p. 315
8. Massoud AE. Adult acquired laryngeal stenosis. Winnipeg ,Canadá: Universidad de Manitoba; 1995.
9. Weisler ME. Complications resulting from laryngeal cancer treatment. Clin north am 1997; 30 (2):269-78.
10. Lill H. Division of Pediatric ORL. Children's Memorial Hospital Chicago. USA. Histopatologic fundaments of acquired laryngeal stenosis. Ped pathol lab med 1995; 15(15):665-77.
11. Spinelli. División de diagnóstico y cirugía endoscópica. Tratamiento endoscópico de la estenosis esofágica. Tumori 1993; 79(1) 34-6.
12. Department of Radiation Oncology. Late effects of radiation therapy on the gastrointestinal tract. Lut j radiat Onc priat phys 1995; 31(5) :1213-36.
13. Tomita. Esophageal stenosis following postoperative irradiation for lung cancer. Rinsho kobec geta 1985; (2): 224-8.
14. Costleight. Dep of Radiations Oncology and Nuclear Medicine. University of Philadelphia. USA . Heightened sensivity of the esophagus to radiation patiens with AIDS. Gastroenterol j 1995; (5): 234-9.

SUMMARY

We present a case of a patient that after receiving a radiation treatment against a larynx cancer, showed respiratory and digestive symptoms of so magnificence that it was necessary to perform a total laryngectomy although there was not any tumoral activity demonstrated.